infect° et g^sse

Toxoplasmose : infect° parasitaire due aux chat.

- peut être transmise par voie hématogène + diffusion placentaire ⇒ Toxo congénit

atteinte foetale est d'autant plus sévère que l'infect° survient tôt ds g^sse. ⇐ malf° (occulaire + neuro)

↳ Pour la mère : - primo-infect° asympt ds 90% cas
- si sympt → fébricule + Σ^d grippal ⇒ IgM spécifique.

↳ Pour le foetus : la période la plus dangereuse = 10-24SA :
- ABRT
- MIU
- atteinte cérébrale : micro-calcificat°, HDC.
- " ophtalmologique : choriorétinite, microphtalmie, cataracte cong...
- épancht séreuses.

▸ Dépistage systématique : → bilan prénuptial
↳ bilan T_1 g^sse. ⇒ mesure IgM et IgG

IgM	IgG	Interprétat°
-	-	• patiente nn immunisée • surveillance : sérologie /mois jusqu'à accht. • prévent° hygiéno-diét.
-	+	• immunité probablement ancienne • confirmer par 2e dosage ds 15 J.
+	-	• séroconversion probable • en urgence : Spiramycine (Rova) 3MIU 3x/J • amniocentèse 4 sem après pour le Dc de Toxo cong
+	+	• infect° évolutive ou ancienne. il faut dater la PI par ① test d'avidité : faible → PI récente ; élevé → PI ancienne ② évolut° des sérologies sur 2 prlvts à 3 sem intervalle ↑ IgM et IgG ⇒ contaminat° récente < 2 mois IgG stable ⇒ contaminat° > 2 mois

Scanned by CamScanner

PEC en cas de séroconversion maternelle

↓

Spiramycine + surveillance écho

↓

amniocentèse vers 20-22SA
(respecter délais de 4 sem entre contaminat° et amniocentèse)
= Recherche de Toxo.

Dc anté natal ⊕
↓
- TRT curatif
- surveillance écho + IRM foetale

Dc anténatal ⊖
↓
- maintien Spiramyc jusqu'à accht
- surveillance écho / mois + IRM foetale

↓

accoucht

Suivi post natal pdt min 1an + TRT curatif

Suivi post natal pdt min 1an ∅ TRT.

Rubéole : infect° virale.

- transmission respiratoire
- PI rubéoleuse au cours du T1 → embryofoetopathie grave : rubéole congénitale.
- Prévent° : vaccin.
- tableau clinique n'est pas spécifique. (phase éruptive inconst) ADP, F°
- Dc repose sur la sérologie : IgM ⊕, Ig ↗ entre 2 prlvts à 15j d'intervalle.
- Rubéole congénitale : RCIU
  cardiopathie +++
  anlies cérébrales : microcéphalie, calcificat°, retard mental, ...
  " ophtalmo : microphtalmie, cataracte, glaucome
  surdité d'origine centrale.

le risque de malf° st fct° de l'âge gestationnel :
- < 13SA → risque majeur.
- 13-18SA → " de surdité.
- > 18SA → ∅ risque de malf°.

- Réaliser la sérologie rubéoleuse :
  - Systématiquement : T1 de gsse.
  - si érupt° maternelle évocatrice (visage, tronc, extrémités et confluente) - sérologie ds 48h -
  - si contage avec Ⓔ ayant érupt° suspecte.
  - Bilan prénuptial

- patiente séro ⊖ : . contrôler la sérologie 18-20SA pour éliminer PI pdt la période à risque pour le foetus.
  - . vacciner en PP.

- patiente séro ⊕ : (IgG ⊕) immunité probablemt ancienne (vaccin)
  au moindre doute sur la possibilité de PI ⇒ contrôle de la sérologie 15J plus tard ⇒ si IgG stable = immunité ancienne
  ou mesure avidité

PEC :

PI avant 18SA
↓
Dc infect° foetale = amniocentèse. 5 sem après séroconversion maternelle = recherche du virus par PCR.
↓
surveillance écho / mois

Prévent° = vaccin.



- il ∃ transmission materno-foetale du virus surtt en fin g^sse + accht
  ce risque varie selon le stade de l'infect°, charge virale, nbre LTy, ↗avec âge mère
  ce risque ↗ lorsqu'il ∃ : RPM, préma, chorioamniotite.

* Prévent° de l'infect° materno-foetale :
  - dépistage maternel systématique en début de g^sse.
  - suivie de la g^sse (charge virale + LTy) + TRT antirétroviral + CSR prophylactique (pour obtenir charge virale indétectable). + éviter gestes invasifs (voie basse autorisée si charge virale ⊖)
  - PEC + TRT du NN.
  - ∅ allaitemt maternel

HSV :

- herpès génital ⟶ herpès néonatal par contaminat° au cours de l'accht, par contact avec sécrét° génitales infectées.
- passage transplacentaire exceptionnel.
- herpès néonat → décès + séquelles neuro { septicémie herpétique / méningo-encéphalite herpétique

Prévent° → si PI maternelle ou récurrence ⇒ TRT antiviral : Aciclovir jusqu'à accht + CSR prophylactique.
→ si ATCDs d'herpès génital ⇒ voie basse + mesures d'asepsies.



Syphilis :

- risque de transmission hématogène transplacentaire = Syphilis congénital.
- Risques foetaux
  - → avant 4e mois : < 18SA : ϕ de risque infect° foetale.
  - → > 18 SA : infect° foetale possible avec risque de : ABRT spont tardif, MIU, Préma. + lésions cutanéo. muq, osseuses, polyviscérales

* la prévent° :
  - dépistage obligatoire début gsse.
  - si mère infectée : ATB : péni M ou érythromycine avant 4e mois pour éviter contaminat° foetale.
  - PEC NNé → TRT ATB si infect° ⊕.